



Para uso en **CENTROS DE CUIDADO INFANTIL**
Del 1 de julio de 2023 al 30 de junio de 2024

Estimados padres:

El Centro de Cuidado Infantil al que está inscribiendo a su hijo participa en el Programa de Alimentos para Niños y Adultos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Para cumplir con el Programa el Centro debe servir comidas y suplementos que cumplan o superen los requisitos nutricionales establecidos por el Gobierno de los Estados Unidos.

Por cumplir con estos requisitos, el Centro recibe financiación del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), en función de los niveles de ingreso de las familias a las que se sirve. Cuanto mayor sea el número de niños atendidos por el Centro que provienen de hogares de bajos ingresos, mayor es la financiación que recibe el Centro por las comidas y suplementos que sirve.

Para determinar el nivel de financiación que recibirá el Centro por las comidas o suplementos que se le sirvan a su hijo, el USDA requiere que usted complete la solicitud adjunta e incluya la siguiente información en las líneas correspondientes.

1. Nombre y edad del niño para quién presenta la solicitud.
2. Si el niño para quién está presentando la solicitud, o cualquier otra persona en su hogar, es miembro del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (anteriormente conocido como Cupones de Alimentos), de la Unidad de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o recibe beneficios bajo el Programa de Distribución de Alimentos de Reservas Indígenas (FDPIR), debe proporcionar el número de expediente SNAP, TANF o FDPIR en la PARTE I y luego pasar a la PARTE III.
3. EN LA PARTE II debe incluir el nombre de todas las personas que viven en el "hogar". Un "hogar" es cualquier grupo de personas que vivan juntas compartiendo ingresos y gastos de manutención. Dichas personas pueden o no ser miembros de una familia.
4. Los últimos cuatro (4) dígitos del número de Seguro Social del miembro de la familia o tutor que firma la solicitud.
5. El ingreso total, sin impuestos, de todas las fuentes de ingreso, de todas las personas que viven en el hogar.
6. Firma, dirección y número de teléfono de la persona que completa el formulario de solicitud. Debe incluir además la fecha de firma de la solicitud.

Según el reglamento, si alguna de la información requerida anteriormente no está incluida, el Centro considerará que su hijo está en la categoría de elegibilidad para recibir la financiación mínima para el pago de comidas y suplementos que su hijo recibirá.

El siguiente cuadro muestra el nivel superior de ingresos del 'Nivel I' para el periodo del **1 de julio de 2023 al 30 de junio de 2024**. Si el ingreso total de su hogar es igual o menor al monto que se muestra en el cuadro, el centro que le corresponde a su hijo podrá recibir el nivel I, que es el nivel más alto, de financiación por las comidas o suplementos que reciba su hijo.

Escala de elegibilidad para comidas de "precio reducido"

Tamaño de la familia	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
1	26,973	2,248	1,124	1,038	519
2	36,482	3,041	1,521	1,404	702
3	45,991	3,833	1,917	1,769	885
4	55,500	4,625	2,313	2,135	1,068
5	65,009	5,418	2,709	2,501	1,251
6	74,518	6,210	3,105	2,867	1,434
7	84,027	7,003	3,502	3,232	1,616
8	93,536	7,795	3,898	3,598	1,799
Cada miembro adicional de la familia	9,509	793	397	366	183

Si un miembro de su hogar queda desempleado, su hijo podría ser elegible para recibir comidas "gratis" o "a precio reducido" durante el periodo de desempleo, siempre que la pérdida de ingresos haga que los ingresos del hogar se encuentren dentro de las pautas de elegibilidad para el tamaño de su hogar.

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, escriba al USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (866) 632-9992 (voz) o al (800) 877-8339 (TTY) o al (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Gracias.

Atentamente,

Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos

**SOLICITUD DE COMIDAS "GRATIS" O A "PRECIO REDUCIDO"
PROGRAMA DE ALIMENTOS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS (CACFP)**

NIÑO PARA QUIÉN SE ESTÁ SOLICITANDO: Nombre: _____ Edad: _____

Días de la semana bajo cuidado	Horario de asistencia (por ejemplo de 7:30 a 5:00)	Comidas recibidas durante el horario de cuidado*
<input type="checkbox"/> Lunes		<input type="checkbox"/> Ds <input type="checkbox"/> S AM <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> S PM <input type="checkbox"/> Cn <input type="checkbox"/> S Nc
<input type="checkbox"/> Martes		<input type="checkbox"/> Ds <input type="checkbox"/> S AM <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> S PM <input type="checkbox"/> Cn <input type="checkbox"/> S Nc
<input type="checkbox"/> Miércoles		<input type="checkbox"/> Ds <input type="checkbox"/> S AM <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> S PM <input type="checkbox"/> Cn <input type="checkbox"/> S Nc
<input type="checkbox"/> Jueves		<input type="checkbox"/> Ds <input type="checkbox"/> S AM <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> S PM <input type="checkbox"/> Cn <input type="checkbox"/> S Nc
<input type="checkbox"/> Viernes		<input type="checkbox"/> Ds <input type="checkbox"/> S AM <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> S PM <input type="checkbox"/> Cn <input type="checkbox"/> S Nc
<input type="checkbox"/> Sábado		<input type="checkbox"/> Ds <input type="checkbox"/> S AM <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> S PM <input type="checkbox"/> Cn <input type="checkbox"/> S Nc
<input type="checkbox"/> Domingo		<input type="checkbox"/> Ds <input type="checkbox"/> S AM <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> S PM <input type="checkbox"/> Cn <input type="checkbox"/> S Nc

* Ds = Desayuno S AM = Snack de la mañana AI = Almuerzo S OM = Snack de la tarde Cn = Cena S Nc = Snack de la noche

NOTA: Si solicita los beneficios del CACFP en nombre de un niño en acogida, marque esta casilla y notifíquelo verbalmente a la persona a la quién entrega esta solicitud. Niño en acogida

PARTE I: HOGARES QUE RECIBEN BENEFICIOS DE SNAP, TANF O FDPIR:

Si usted, su hijo o cualquier otra persona que viva en su hogar, en la actualidad recibe beneficios SNAP, TANF o FDPIR, proporcione su número de caso SNAP, TANF o FDPIR. NO COMPLETE la Parte II; pase a la Parte III. La Parte III debe incluir impreso el **nombre y firma del adulto que completa esta solicitud**. Debe además incluir la **fecha en que completó la solicitud**.

- (a) Sí: Un miembro de este hogar recibe beneficios de SNAP, TANF o FDPIR.
- (b) Número de caso SNAP: Nro. _____ (**no** número EBT)
- (c) Número de caso de TANF: Nro. _____
- (D) Número de caso FDPIR: Nro. _____

Cuando proceda, la información de elegibilidad para comidas gratuitas o a precio reducido de su hijo se podrá divulgar a Medicaid o SCHIP, salvo que usted elija que dicha información no sea divulgada. La información se utilizará para identificar a los niños elegibles y solicitar su inscripción en un programa de seguro médico. Su decisión de divulgar esta información no afectará la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Si elige que esta información no se divulgue a Medicaid o SCHIP, marque esta casilla:

NOTA # 1

Si nadie en su hogar recibe beneficios SNAP, TANF o FDPIR, o si no proporciona su número de caso, deberá completar la Parte II y la Parte III para que su hijo sea elegible para comidas "gratis" o a "precio reducido". **También deberá incluir los últimos cuatro (4) dígitos de su Número de Seguro Social en la línea junto a su firma.**

PARTE II: TODOS LOS DEMÁS HOGARES:

- (a) **Miembros del hogar:** Escriba el nombre de todas las personas que viven en su hogar. **Asegúrese de incluirse a usted y al niño mencionado anteriormente.**

- (B) **Número de Seguro Social:** La sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares requiere que, a menos que haya proporcionado un número de caso SNAP o TANF para su hijo, proporcione los últimos cuatro (4) dígitos de su número de Seguro Social en la solicitud. Este debe ser el número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no posee un número de seguro social, debe indicarlo en la solicitud. No es obligatorio proporcionar un número de Seguro Social, pero si no se proporcionan los últimos cuatro (4) dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar o no se indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene uno, la solicitud no podrá ser aprobada. Este aviso debe notificarse al miembro del hogar cuyo número de Seguro Social se proporcione. El número de Seguro Social podrá usarse para identificar al miembro de la unidad familiar que presenta la solicitud durante el proceso de verificación de la información proporcionada. Este proceso de verificación se podrá llevar a cabo mediante revisiones de programas de ayudas, auditorías e investigaciones, y puede incluir contactar a los empleadores para determinar los ingresos, contactar con las oficinas SNAP, con una Organización Tribal Indígena o con las Oficinas de Bienestar Social para determinar la certificación actual para recibir los beneficios de SNAP, FDPIR o TANF. Asimismo se podrá contactar con la Oficina Estatal de Seguridad del Empleo para determinar la cantidad de beneficios recibidos y verificar la documentación entregada por los miembros del hogar para acreditar el monto de ingresos recibidos. Esta verificación puede resultar en una pérdida o reducción de beneficios, reclamos administrativos o en acciones legales si se reporta información incorrecta.

(C) **Ingreso:** Enumere **todos** los ingresos de **todas** las fuentes recibidos el mes pasado en la misma línea que el nombre de la persona que los recibió. Los ingresos deben ser **brutos**; es decir, debe ser el monto recibido **antes de deducciones** para impuestos, Seguro Social, cuotas, seguro, etc. Enumere cada cantidad en la columna correcta. *Si usted participa en la Iniciativa de Vivienda Privatizada para Militares o recibe pagos por combate, no incluya estos subsidios como ingresos.*

ENUMERE A TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR:

Nombres de los miembros del hogar:	Edad	Ingreso bruto mensual Salarios o netos Independiente	TANF mensual, Pensión alimenticia, bienestar social, Manutención de los hijos	Pensiones mensuales, Ingresos de Seguridad Suplementarios (SSI), Seguro Social, Compensación para trabajadores, Compensación por desempleo, Seguro y jubilación
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Nota: Ingreso semanal x 4.333 semanas; Ingresos quincenales x 2.15 semanas)

INGRESO MENSUAL TOTAL DEL HOGAR:

PARTE III:

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (866) 632-9992 (voz) o al (800) 877-8339 (TTY) o al (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

SANCCIONES POR DECLARACIONES INCORRECTAS: Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que he informado acerca de todos mis ingresos. Entiendo que esta información se proporciona para la recepción de Fondos Federales y que los Funcionarios del Programa pueden verificar la información en la solicitud. Además, entiendo que la tergiversación deliberada de cualquier información en esta solicitud puede ser considerada delito en virtud de los estatutos penales estatales y federales aplicables.

(ESCRIBA NOMBRE DEL ADULTO)	(ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL NRO. DEL SS)	(FIRMA DEL ADULTO)	(FECHA)
-----------------------------	-------------------------------------	--------------------	---------

No tengo un número de seguro social

(DIRECCIÓN DEL HOGAR DEL ADULTO)	(TELÉFONO DE CASA)	(TELÉFONO DEL TRABAJO)
----------------------------------	--------------------	------------------------

TODOS LOS HOGARES: Identidad racial o étnica: *

1. Etnicidad:

- Hispano o latino
 No Hispano o latino

2. Raza (marque uno o más):

- Indígena Americano o nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o Afroamericano
 Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
 Blanco

*Esta información se solicita únicamente con el propósito de determinar el cumplimiento del Estado con las leyes federales de derechos civiles. Su respuesta no afectará la consideración de su solicitud. Si se niega a identificar la raza y el origen étnico de su hijo, se realizará y registrará una identificación visual.

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DEL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL:

Firma: _____ Fecha: _____

Categoría de elegibilidad del niño (marque uno con un círculo): **Gratis** **Precio Reducido** **Pagado**